

# COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE QUADRI E IMPIEGATI CIG: 9825807073

La presente polizza è stipulata tra

Cassa di Assistenza

Per l'Associato



e

Società

## **Durata del contratto**

Dalle ore 00 del 01.01.2024

alle ore 00 del 01.01.2027

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 01.01 di ogni anno

<b>SCHEDA DI POLIZZA</b>	
<b>NUMERO DI POLIZZA</b>	
<b>CONTRAENTE</b>	<b>Cassa di Assistenza.....</b>
<b>ASSOCIATO</b>	<b>ANPAL Servizi S.p.A.</b>
<b>SEDE LEGALE</b>	
<b>CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.</b>	
<b>PERIODO DI ASSICURAZIONE</b>	EFFETTO: DALLE ORE 00 DEL 01/01/2024 SCADENZA: ALLE ORE 00 DEL 01/01/2027
<b>CATEGORIE ASSICURATE</b>	<b>VEDI SEZIONE II ART 3</b>
<b>CONTRIBUTO IMPONIBILE ANNUO</b>	€
<b>IMPOSTE</b>	€
<b>CONTRIBUTO LORDO ANNUO</b>	€
<b>BROKER – INTERMEDIARIO</b>	<b>AON SPA</b>
<b>ALIQUOTA PROVVISORIALE BROKER</b>	0,01%
<b>CORRISPONDENTE/COVERHOLDER</b>	

**SEZIONE I  
DEFINIZIONI**

<b>Accertamento diagnostico</b>	Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.
<b>Annualità assicurativa o periodo assicurativo</b>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
<b>Assicurato</b>	I soggetti nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, che si intende riservata a: quadri e impiegati che non hanno qualifica dirigenziale e il loro nucleo familiare
<b>Assicurazione</b>	Contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente
<b>Assistenza diretta</b>	La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall'Assicurazione vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate. In tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell'Assicurato.
<b>Assistenza indiretta</b>	La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall'Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie e la Società rimborsa all'Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie non appartenenti al Network e, nei casi in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l'attivazione dell'Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.
<b>Assistenza infermieristica</b>	L'assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.
<b>Associato</b>	ANPAL Servizi S.p.A.
<b>Broker</b>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione ai sensi del D.Lgs. 209/2005
<b>Cassa di Assistenza</b>	la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>Centrale Operativa</b>	La struttura che, per conto dell'Assicuratore, provvede alla gestione del Network e al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere al Network.
<b>Contraente</b>	Cassa di Assistenza.....

<b>Contributo</b>	La somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione
<b>Data evento</b>	Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigenza di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
<b>Day Hospital</b>	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.
<b>Dipendente</b>	La persona fisica che intrattiene un rapporto di lavoro con ANPAL Servizi S.p.A.
<b>Franchigia</b>	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
<b>Immobilizzazione</b>	Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni e esterni, stecche digitali e/o preveda un divieto di carico
<b>Indennità sostitutiva</b>	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Intervento chirurgico</b>	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
<b>Istituto di cura</b>	Struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

<b>Malformazione, difetto fisico</b>	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza della garanzia.
<b>Massimale</b>	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
<b>Network</b>	Rete di Strutture Sanitarie convenzionate con la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta.
<b>Nucleo familiare</b>	Costituiscono il nucleo familiare del dipendente: il coniuge fiscalmente a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, i figli fiscalmente a carico senza limite di età; possono essere inseriti in garanzia dietro pagamento dal parte del dipendente del contributo aggiuntivo pattuito, i seguenti familiari, purché risultino conviventi in base allo stato di famiglia: il coniuge fiscalmente non a carico, il convivente more uxorio anche dello stesso sesso, i figli fiscalmente non a carico senza limite di età.
<b>Polizza</b>	Documento che prova l'assicurazione
<b>Rette di degenza</b>	Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.
<b>Ricovero</b>	Degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).
<b>Rischio</b>	Possibilità che si verifichi il sinistro
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'Indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro</b>	Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione
<b>Società</b>	La Compagnia di Assicurazione che a seguito di aggiudicazione assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>Trattamenti fisioterapici e rieducativi</b>	Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale sanitario fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

## SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, con cui l'Ente stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di evidenza pubblica.

### ART. 1 – DURATA DEL CONTRATTO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza, la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà di ANPAL Servizi S.p.A., entro 30 giorni solari dalla scadenza della Convenzione, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni solari. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di contributo verrà corrisposto entro 60 giorni solari dall'inizio della proroga. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 180 giorni solari. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del contributo annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente/Azienda Associata, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012 ss.mm.ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del contributo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo alla prima scadenza utile (annuale) previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni solari. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

### ART. 2 – SOGGETTI ASSICURATI

#### 2.1 Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario

L'assicurazione si intende valida a favore dei quadri e impiegati di ANPAL Servizi S.p.A che non hanno qualifica dirigenziale. Tali soggetti sono i Titolari della copertura sanitaria. Il servizio opera, inoltre, in favore del nucleo familiare fiscalmente a carico del Titolare di cui sopra, purché i relativi nominativi vengano segnalati dalla Contraente al momento dell'inclusione in polizza.

Costituiscono nucleo familiare fiscalmente a carico del dipendente:

- Il coniuge fiscalmente a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità;
- I figli fiscalmente a carico senza limite di età. Si intendono ricompresi anche: i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge; i minori legalmente affidati o adottati.

#### 2.2 Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

I titolari possono estendere, facoltativamente e a proprio carico, la copertura del Piano Sanitario ai propri familiari (coniuge, convivente more uxorio e figli) non fiscalmente a carico purché conviventi, ovvero risultanti dallo stato di famiglia.

Costituiscono nucleo familiare non fiscalmente a carico del dipendente:

- Il coniuge fiscalmente non a carico, anche legalmente separato o divorziato, purché risulti beneficiario di assegni periodici corrisposti in conseguenza di separazione legale ed effettiva, di scioglimento o annullamento di matrimonio o di cessazione dei suoi effetti civili, come comprovato da provvedimenti dell'Autorità, oppure il convivente more uxorio anche dello stesso sesso;
- I figli fiscalmente non a carico senza limite di età. Si intendono ricompresi anche: i figli naturali legalmente riconosciuti; i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge; i minori legalmente affidati o adottati

### **ART. 3 – INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSISTITI**

A seguito della stipula del Contratto ANPAL Servizi S.p.A. comunicherà l'elenco del personale in servizio presso la stessa.

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- b) in caso di inserimento nel secondo semestre, la stessa comporta la corresponsione del 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera, pertanto, acquisito dalla Società. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data di assunzione purché la comunicazione venga effettuata entro cinque giorni lavorativi successivi alla fine di ciascun mese di riferimento. Superato tale limite temporale, l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00 della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le inclusioni degli assicurati ad adesione facoltativa (nucleo non fiscalmente a carico) verranno effettuate da ANPAL Servizi S.p.A che provvederà a raccogliere ed inviare alla Società i dati relativi ai familiari aderenti. Le inclusioni sono così regolamentate:

- Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 45 giorni solari durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto fermi restando i termini di aspettativa di cui all'art. 5.
- I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 45 giorni solari dall'assunzione per effettuare l'adesione che avrà come effetto la data dell'adesione stessa previa verifica del pagamento del premio, fermi restando i termini di aspettativa di cui all'art. 5.

Il contributo verrà calcolato come segue:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- in caso di inserimento nel secondo semestre, la stessa comporta la corresponsione del 60% del contributo annuo.

Nel caso in cui non venissero inclusi i familiari, secondo le modalità e i termini di cui sopra, non sarà possibile procedere al loro inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (tre anni).

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Le uscite o gli ingressi di assicurati ad adesione facoltativa che si verificheranno nelle modalità sopra indicate, dovranno essere comunicati dal Contraente, a mezzo posta elettronica alla Spettabile Contraente, per tramite del broker.

#### **ART.4 – PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO**

Il contributo lordo annuo è stabilito come segue:

€  (premio offerto dall'aggiudicatario)  per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico assicurato;

€  (premio offerto dall'aggiudicatario)  per ciascuno dei familiari non fiscalmente a carico che intenderanno aderire al Piano Sanitario rientranti nella definizione di cui all' *Art. 2. Punto 2*. Si precisa che il contributo annuo lordo per ciascun familiare assicurato sarà pari al 50% del contributo indicato per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico assicurato.

Il contributo di polizza è stabilito in via provvisoria sulla base dei nuclei familiari che risultano dal successivo Art. 21.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza, il contributo o la prima rata di contributo deve essere pagato entro 60 giorni solari dalla data di consegna della polizza al Contraente in deroga dell'art. 1901 c.c.; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga le rate di contributo successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 60° giorno solare dopo quelle della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni solari successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Tale regola si applica parimenti anche ai familiari che non rientrano nella definizione di nucleo familiare ma che risultano assicurabili in base all'Art. 2 punto 2.

Si precisa che le eventuali altre appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni solari dalla data di ricezione, da parte della Contraente/Azienda Associata, del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 00 del giorno indicato nel documento di variazione.

#### **ART. 5 - TERMINI DI ASPETTATIVA - VALIDI SOLO PER I FAMILIARI NON A CARICO**

La garanzia decorre:

- per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- dal 30° giorno solare successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le malattie;
- dal 180° giorno solare successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della richiesta di copertura e salva diversa pattuizione;
- dal 300° giorno solare successivo a quello di assicurazione per il parto. Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni solari soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;



- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

## **ART. 6 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

In caso di sinistro, l'Assicurato/a deve presentare denuncia alla Società/Cassa, con la massima sollecitudine possibile, a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza. Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

Ogni denuncia deve essere riferita a un solo Assicurato e a un solo evento patologico.

## **ART. 7 – OBBLIGHI DELLA SOCIETA'**

La Società dovrà garantire i seguenti servizi per la gestione delle pratiche:

### **a) Creazione di un numero telefonico da contattare senza oneri per l'Assicurato/a:**

Per il territorio italiano, dovrà essere attiva una Centrale Operativa che dovrà fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture convenzionate con la Società; inoltre, tale Centrale potrà essere contattata dagli assistiti anche per ottenere una consulenza per la scelta della struttura convenzionata più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni.

### **b) Creazione di un Portale on-line dedicato alla gestione di tutte le pratiche:**

La Società dovrà rendere disponibile ai soggetti assistiti una piattaforma web (Portale on-line) per:

- l'attivazione delle richieste di assistenza diretta e di rimborso, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personale, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- il reperimento di informazioni rispetto all'elenco aggiornato dei centri convenzionati;
- la ricerca della modulistica necessaria per l'attivazione, on-line, di richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- la guida operativa dei servizi forniti (es. modalità di attivazione assistenza diretta, modalità rimborso sinistri);
- monitoraggio dell'iter delle pratiche di richiesta inoltrate.

### **c) Gestione richieste rimborso sinistri per via elettronica:**

La Società dovrà garantire la possibilità di gestire tramite apposito servizio web/ sito internet: le richieste di rimborso dei sinistri, come pure l'invio della documentazione a supporto richiesta, da parte degli Assicurati, che preveda l'autenticazione dell'utente. Il tutto conformemente alla normativa inerente alla protezione dei dati personali, sia in termini di "Informativa al trattamento dei dati" sia in termini di misure di sicurezza.

### **d) Criteri di Liquidazione:**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà: evadere la pratica predisponendo la liquidazione, respingere la pratica con obbligo di motivazione o sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

In questo ultimo caso i termini - 30 giorni solari (o eventuale miglioria come da offerta tecnica)

### **e) Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società si impegna a fornire al Contraente/Azienda Associata, con scadenza semestrale, l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali

Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato *Excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;

- data di denuncia;
- nome dell'assicurato;
- tipo di assicurato (Titolare, Familiare a carico, Familiare non a carico);
- tipo di prestazione;
- stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- importo richiesto;
- importo liquidato e relativa data della liquidazione;
- importo riservato;
- canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Numero Sinistro	Data di accadimento	Data di denuncia	Nome Assicurato	Tipo di Assicurato	Tipo di prestazione	Stato sinistro	Canale di erogazione	Importo richiesto	Importo Liquidato	Importo Riservato	Data Liquidazione

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente/Azienda Associata di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso, dovrà essere fornita una statistica dettagliata dei sinistri dalla Società entro e non oltre 30 giorni solari dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni solari di calendario dalla ricezione della richiesta inviata dalla Contraente/Azienda Associata e/o dal Broker.

### 7.1 – Controversie

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si procederà mediante arbitrato di un Collegio di tre Medici, di cui i primi due saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o -in caso di disaccordo -dal presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

### 7.2 – Data del sinistro

Relativamente alla garanzia ricovero, per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale. Pertanto, si intendono ricomprese le spese pre e post ricovero anche se effettuate in annualità diversa purché nei limiti previsti dalla garanzia ricovero, anche non in vigenza di polizza.

Per le prestazioni extra ricovero per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende la data della prima prestazione sanitaria erogata. La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro nei limiti di quanto previsto dall'Art. 2 Sezione III.

## ART. 8 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice civile.

## ART. 9 – REGIME DI CONVENZIONAMENTO DIRETTO E REGIME RIMBORSUALE

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

### 1. Regime di convenzionamento diretto

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi (o eventuale miglioria come da offerta tecnica). La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'Assicurato/a la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione. La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito/a potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni lavorativi successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Qualora l'Assicurato/a fosse autorizzato/a a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto; con riferimento invece agli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto per la modalità a rimborso.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico. Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

### 2. Regime rimborsuale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito/a deve presentare la relativa richiesta corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica ed eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;

In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia in aggiunta alla copia delle ricevute, fatture, notule, debitamente quietanzate.

## ART. 10 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi, tuttavia, il Contraente potrà effettuare il pagamento direttamente alla Società; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del contributo, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

### **ART. 11 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'Art. 3 della L. 136/2010 ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'Art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm.ii..

### **ART. 12 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE/AZIENDA ASSOCIATA E DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETÀ.**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Azienda Associata è tenuto devono essere fatte tramite invio di raccomandata o e-mail indirizzata alla Società oppure al Broker al quale l'Azienda Associata ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente/Azienda Associata.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Le variazioni dei nominativi assicurati possono anche essere effettuate via e-mail.

### **ART. 13 – MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

### **ART. 14 – ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente o dell'Assicurato.

### **ART. 15 - MALATTIE PREGRESSE, CRONICHE E RECIDIVANTI**

Sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

### **ART. 16 – FORO COMPETENTE**

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente e le Società riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni solari dell'insorgere della contestazione; Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e le Società in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro novanta giorni dell'insorgere della contestazione.

### **ART. 17 – BUONA FEDE**

La Società dichiara che la validità delle coperture assicurative non sarà in alcun modo pregiudicata da eventuali errori, omissioni o ritardi nella notifica od in erronee trasmissioni di dati da parte della Contraente, purché la stessa sia in grado di dimostrare con documentazione idonea l'errore di notifica o, in caso di ritardo od omissione nel pagamento del contributo, che l'Assicurato in questione abbia realmente versato l'importo

relativo alla copertura assicurativa. Il calcolo del contributo sarà effettuato dall'effettivo inizio della copertura e fino al termine della relativa annualità.

#### **ART. 18 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

#### **ART. 19 – COASSICURAZIONE E DELEGA (VALIDA SOLO IN CASO DI POLIZZA IN COASSICURAZIONE)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del contributo; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dal Broker, la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto, la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei contributi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella del successivo art. 22 Riparto di Coassicurazione.

#### **ART. 20 – CLAUSOLA DI RACCORDO**

La presente polizza si intende vincolata con le polizze stipulate dal Contraente con la medesima Società, facenti parti del medesimo lotto unico nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per una delle polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, la Contraente/Azienda Associata potrà richiedere la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche per gli altri contratti del medesimo lotto. In tali casi la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di contributo netto relativa al periodo di rischio non corso di ciascuna polizza.

#### **ART. 21 – CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUO LORDO ANTICIPATO**

<b>QUADRI E IMPIEGATI - ESCLUSI DIRIGENTI – E RELATIVO NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO (come identificato all'Art. 2. Par. 2.1 della Sezione II)</b>		
<b>Quadri e Impiegati - Numero Nuclei Familiari fiscalmente a carico assicurati</b>	<b>Contributo annuo lordo pronucleo €</b>	<b>Totale contributo annuo lordo €</b>
888	.....	.....

<b>FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO (come identificato all'Art. 2. Par. 2.2 della Sezione II)</b>		
<b>Numero Familiari</b>	<b>Contributo annuo lordo procapite</b>	<b>Totale contributo annuo lordo €</b>
<b>139</b>	€ .....	€ .....

**ART. 22 – RIPARTO DI COASSICURAZIONE**

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

<b>Società</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Percentuale di ritenzione</b>

**SEZIONE III  
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La copertura assicurativa riguarda, per le prestazioni di cui all'Art. 1 - Prestazioni e fino alla concorrenza dei massimali previsti, il rimborso delle spese mediche sostenute dagli Assicurati e rese necessarie da malattia o infortunio.

**ART.1 - PRESTAZIONI**

La Società assicura, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'annualità assicurativa e qualunque ne sia il numero, il rimborso delle spese nei casi di seguito indicati:

**A. Fino alla concorrenza di € 200.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa):**

A.1 in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che comporti intervento chirurgico verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:

1. **Pre ricovero:** gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni solari precedenti l'intervento e ad esso relativi;
2. **Intervento chirurgico:** gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento ivi compresi protesi ed endoprotesi applicate al paziente durante l'intervento
3. **Assistenza medica, medicinali, cure:** accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
4. **Rette di degenza:** con il massimo di € 500,00 al giorno. Devono intendersi espressamente escluse le spese non strettamente necessarie quali, ad esempio, quelle relative alla TV, al telefono, ecc.;
5. **Trasporto sanitario:** vengono rimborsate le spese di trasporto in ambulanza dell'Assicurato in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
6. **Post ricovero:** vengono rimborsate le spese per l'acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari entro il limite di € 1.000,00 da intendersi quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato; accertamenti diagnostici, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, visite specialistiche, acquisto di medicinali e mezzi di immobilizzazione prescritti da specialista ortopedico, trattamenti fisioterapici e rieducativi; effettuati nei 100 giorni solari successivi all'intervento purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero;
7. **Parto cesareo, aborto spontaneo o post-traumatico:** la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 6.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero;

A.2 in caso di ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che non comporti intervento chirurgico, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati:



1. **Pre ricovero:** accertamenti diagnostici e onorari medici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni solari precedenti il ricovero e ad esso relativi;
2. **Assistenza medica, medicinali e cure:** accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero;
3. **Rette di degenza** con un massimo di € 500,00 giornaliere;
4. **Trasporto sanitario:** la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza in istituto di cura o ambulatorio, da un istituto di cura o ambulatorio all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa con il massimo di € 1.000,00. Tale limite si intende elevato a € 1.500,00 nel caso in cui il trasporto avvenga all'estero, in treno o aereo di linea;
5. **Post ricovero:** vengono rimborsate le spese per esami, l'acquisto di medicinali e mezzi di immobilizzazione prescritti da specialista ortopedico, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, accertamenti diagnostici (compresi i relativi ticket) effettuati nei 100 giorni solari successivi il ricovero e ad esso relativi.

### B. Day Hospital

In caso di degenza in istituto o casa di cura autorizzati a erogare prestazioni chirurgiche o terapeutiche in regime esclusivamente diurno (Day Hospital), la Società rimborsa le spese sostenute sulla base di quanto previsto ai punti A.1 e A.2 ovvero con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti, di seguito indicati. Viene pertanto espressamente escluso dall'indennizzabilità il Day Hospital avvenuto a scopo diagnostico.

### C. Parto non cesareo

Fino alla concorrenza di € 3.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) in caso di ricovero per parto non cesareo, verrà riconosciuto all'Assicurato il rimborso delle spese mediche sostenute: per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.

### Franchigie e scoperti

Per tutte le prestazioni sopra indicate (A.1, A.2, B, C), saranno applicati i seguenti scoperti e/o franchigie:

- **nell'ambito delle strutture convenzionate:** Applicazione di una franchigia fissa di € 300,00 per evento
- **al di fuori delle strutture convenzionate:** Applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 300,00 e il massimo di € 5.000,00 per evento

Le eventuali spese di cui al punto A.1 e A.2 vengono indennizzate con le limitazioni di cui sopra con riferimento allo stesso evento, previa presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

### D. Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN, non faccia richiesta di indennizzo né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa, o in totale assenza di spese, è prevista la corresponsione di una indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un massimo di 180 giorni solari per annualità assicurativa e nucleo familiare, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal contratto.

Ai fini della corresponsione della indennità sostitutiva, la degenza in regime di Day-Hospital è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN. In tal caso verrà corrisposta una indennità di € 50,00 per ciascun giorno di ricovero e con un massimo di 180 giorni solari per annualità assicurativa e nucleo familiare.

La corresponsione di tali indennità deve comunque intendersi alternativa al rimborso delle spese sostenute.



**E. Spese extra ospedaliere**

1. Fino alla concorrenza di € 5.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) in caso di terapie di alta specializzazione non connesse a ricovero o day hospital, verrà riconosciuto all'Assicurato il rimborso delle spese mediche sostenute per ciascun evento di seguito specificata a seguito di malattia o infortunio:
  - Cobaltoterapia
  - Chemioterapia
  - Dialisi
  
2. Fino alla concorrenza di € 3.000,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) in caso di terapie e accertamenti diagnostici di alta specializzazione non connessi a ricovero o day hospital, verrà riconosciuto all'Assicurato, per ciascun evento, il rimborso delle spese mediche sostenute per ciascuna prestazione di seguito specificata a seguito di malattia o infortunio:
  - Amniocentesi, Villocentesi e Test Panorama rimborsabili nei seguenti casi: - età della gestante oltre i 35 anni, oppure - familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche, oppure - anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen)
  - Angiografia
  - Arteriografia
  - Artrografia
  - Broncografia
  - Broncoscopia
  - Cateterismo cardiaco
  - Cistermografia
  - Cistografia
  - Clisma opaco;
  - Colangiografia
  - Colangiografia percutanea (PTC);
  - Colecistografia;
  - Coronografia
  - Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);
  - Doppler;
  - Ecocardiografia
  - Ecocolordoppler; Ecodoppler
  - Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in Gravidanza se non in presenza di sospetto patologico)
  - Ecografia con sonda transviscerale;
  - Ecografia mammaria
  - Ecotomografia
  - Elettrocardiogramma sotto sforzo;
  - Elettroencefalografia;
  - Elettromiografia;
  - Elettroscopia
  - Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia;
  - Esami istologici;
  - Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
  - Holter cardiaco
  - Holter pressorio
  - Isterosalpingografia
  - Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia);
  - Linfografia

- Mammografia
- Mielografia
- MOC;
- Pneumoencefalografia
- Risonanza Magnetica nucleare;
- Medicina Nucleare;
- Scintigrafia;
- Splenoportografia
- TAC
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Telecuore
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

### Franchigie e scoperti

Il rimborso delle spese per le prestazioni sopra indicate (punto 1 e 2) avverrà previa detrazione di scoperti e franchigie, come segue:

- **Nell'ambito delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 20,00.
- **al di fuori delle strutture convenzionate:** applicazione di uno scoperto del 10% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 30,00.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

Si precisa che in presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi alle presenti Specialistiche Extra Ospedaliere e Cure domiciliari e ambulatoriali (lettera F), il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle prestazioni Specialistiche Extra Ospedaliere con applicazione, sull'importo complessivo, degli scoperti previsti dalla garanzia stessa.

### F. Cure domiciliari e ambulatoriali

Fino concorrenza di € 1.500,00 (intendendosi tale cifra quale disponibilità unica per ciascun nucleo familiare assicurato e per ciascuna annualità assicurativa) sono rimborsabili, le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate (ad eccezione di spese dentarie in genere):

- Onorari medici
- Accertamenti diagnostici, compresi esami di laboratorio, prescritti dal medico curante o specialista

Per ogni singolo evento, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

### G. Cure al neonato

Per i nati nel corso di validità del contratto l'assicurazione è operante anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite. I nuovi nati saranno automaticamente inseriti in garanzia anche in assenza di tempestiva comunicazione da parte del Contraente; tale comunicazione dovrà pervenire alla Società entro e non oltre la scadenza annuale del contratto.

**H. Anticipi**

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, viene corrisposto, dietro richiesta dell'Assicurato, l'importo versato a tale titolo entro il 60% della somma garantita come massimale, salvo il conguaglio a cure ultimate.

**I. Dentarie da infortunio**

La Società rimborsa, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio. Tale garanzia viene prestata nel limite di € 6.000,00 per nucleo familiare e per annualità assicurativa.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 100,00 per fattura.
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**, la Società procederà al rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 200,00 per fattura.

I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati, sempre nell'ambito del massimale, senza applicazione dello scoperto e della franchigia.

**J. Assegno exitus**

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa gli aventi causa delle spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite del 20% del massimale previsto alla lettera A.

**K. Ticket**

Si precisa che i ticket saranno rimborsati integralmente, nei limiti dei massimali previsti per le singole garanzie, senza applicazioni di franchigie e scoperti.

**L. Accertamenti diagnostici a scopo preventivo**

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare i seguenti esami base di check-up, comunque, fino al limite del massimale di € 500 per persona.

Per tutti gli assicurati sono previsti i seguenti esami sangue: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame delle urine, una ricerca di sangue occulto nelle feci (hemmocult), una visita dermatologica per controllo nei, con esame della cute.

Inoltre:

- Per gli assicurati di sesso maschile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia dell'addome;
- Per gli assicurati di sesso femminile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale);

Ciascuno degli esami potrà essere effettuato, per ciascuna persona assicurata, una sola volta ogni due anni assicurativi, anche a scopo preventivo e quindi in assenza di alterazioni morbose.

**ART. 2 - PRESTAZIONI SANITARIE NELL'IMMINENZA DELLA SCADENZA DEL CONTRATTO**

Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto dall'Art.

1 ai punti A.1, A.2, B, C e G sono rimborsabili soltanto se il ricovero o il day-hospital a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto.

Le spese di cui all'Art. 1 punti E ed F sono rimborsabili esclusivamente se si riferiscono a prestazioni effettuate entro la validità del contratto. In nessun caso una spesa sostenuta oltre 100 giorni solari dalla scadenza del contratto sarà rimborsabile dalla Società.

**SEZIONE IV  
LIMITAZIONI****ART.1 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

**ART.2 – ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- b) L'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze
- c) Gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope.
- d) Gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato
- e) Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.
- f) Gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove e allenamenti nonché da voli effettuati in qualità di pilota o membro dell'equipaggio dell'aeromobile.
- g) Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- h) Le visite, le cure e le protesi odontoiatriche nonché le paradontopatie, tranne quanto espressamente previsto alla Sezione III lettera I.
- i) Le patologie psichiatriche, le psicosi in genere, le sindromi caratteriali, le sindromi depressive.
- j) Le spese per la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.
- k) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quanto espressamente previsto alla Sezione III Art.1 punto A.1 e A.2.
- l) Le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria o che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici e eruzioni vulcaniche.
- m) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche. Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di tali infermità senza che nulla sia dovuto dalla Società.

**ART. 3 – LIMITI DI ETÀ**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **80° anno di età** dell'Assicurato/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato/a. Non sono assicurabili le persone di età superiore ad 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età nel corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

**DISPOSIZIONE FINALE**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

**IL CONTRAENTE**  
**(Cassa di Assistenza)**

**L'ASSOCIATO**

**LA SOCIETÀ**